

**Estado de Alabama**  
**Departamento de Recursos Humanos**  
**División de Ayuda para Alimentos**

**AGENCY USE ONLY:**

Expedite Screening: Entitled \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Screener Signature and Date \_\_\_\_\_

FS Case Number \_\_\_\_\_

Check digit \_\_\_ Processing standard \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Race/Sex \_\_\_\_\_ IEVS Function \_\_\_\_\_

PA Case No. \_\_\_\_\_

Appointment Date \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Date Received

Usted tiene el derecho de presentar una solicitud el mismo día que se comuniquen con la Oficina de Ayuda para Alimentos (*Food Assistance Office*). **Para presentar una solicitud, lo único que tiene que completar es su nombre, dirección, firmar, y presentar este formulario a la Oficina de Ayuda para Alimentos del condado donde vive.** Lo entrevistaremos para decidir si es elegible. Si resulta elegible, usted recibirá beneficios a partir de la fecha en que recibimos su solicitud firmada.

<b>SU NOMBRE (1er nombre, 2do nombre, apellido)</b>		<b>Fecha de nacimiento (mes, día, año)</b>		<b>Número de Seguro Social</b>	
<b>Dirección postal</b>			<b>Dirección de su hogar, si es distinta</b>		
<b>Ciudad</b>	<b>Condado</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	<b>No. de teléfono durante el día</b>	

**Servicios Urgentes**

**Podrá recibir beneficios de asistencia para alimentos dentro de los 7 días civiles si su hogar (familia) para beneficios de ayuda para alimentos tiene ingresos brutos mensuales de menos de \$150 y recursos líquidos (dinero en efectivo, cuentas de cheques o cuentas de ahorros) de menos de \$100; o si sus pagos de alquiler (renta)/hipoteca y servicios públicos exceden los ingresos mensuales combinados de su hogar (familia) y sus recursos líquidos; o si un miembro de su hogar (familia) es un trabajador migratorio o un trabajador agrícola estacional.**

1. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su familia en la forma de dinero en efectivo o en una cuenta bancaria? \$ \_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es el monto **total** de ingresos que usted anticipa que su familia recibirá este mes? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto paga **actualmente** por renta (alquiler)/hipoteca mensualmente? \$ \_\_\_\_\_ ¿Servicios públicos, sin incluir teléfono? \$ \_\_\_\_\_
4. ¿Es algún miembro de su familia un trabajador migratorio o un trabajador agrícola estacional?  Sí  No  
 Si contestó "sí", conteste estas preguntas: ¿Se interrumpieron todos los ingresos de su familia recientemente?  Sí  No  
 ¿Anticipa alguien en su familia recibir ingresos de una nueva fuente este mes?  Sí  No  
 Si contestó "sí", ¿cuánto? \_\_\_\_\_

**¿Ha usted o algún miembro de su hogar (familia) recibido o espera recibir beneficios de ayuda para alimentos de algún otro condado en Alabama o algún otro estado este mes?**  Sí  No ¿dónde? \_\_\_\_\_  No

**¿Recibió algún miembro de su hogar (familia) beneficios de ayuda para alimentos el mes pasado?**  Sí  No

**De conformidad con las leyes federales y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de América (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen, sexo, edad, religión, posición política o incapacidad.** Para presentar una queja por discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 o llame gratis al (800) 795-3272 (voz) o al (866) 377-8642 (TTY). El USDA no discrimina en sus programas y empleo.

**Advertencias de sanciones, declaración de perjurio y firma**

**Si su familia u hogar está recibiendo beneficios de ayuda para alimentos, será necesario que cumpla con estas reglas. Usted tendrá que suministrar información completa y veraz sobre todos los miembros de su familia y tendrá que suministrar documentos para demostrar lo que usted está diciendo si el trabajador se los pide. A todo miembro que infrinja una de las reglas a propósito se le podrá prohibir la participación en el programa de ayuda para alimentos por un plazo que puede tener una duración de un año hasta permanentemente, multársele \$250,000, encarcelársele por un período de hasta 20 años o imponérsele ambas sanciones. Esta persona también podría estar sujeta a acción judicial bajo los términos de otras leyes estatales y federales aplicables. También hay sanciones si a algún miembro de una familia u hogar se le encuentra culpable de usar beneficios de asistencia para alimentos para comprar drogas ilícitas o armas de fuego.**

- ◆ No intercambie ni venda sus beneficios de ayuda para alimentos o tarjetas EBT.
- ◆ No use los beneficios de ayuda para alimentos, tarjeta de identificación o tarjeta EBT de otra persona para su familia u hogar.
- ◆ No suministre información falsa ni deje de suministrar información para continuar recibiendo beneficios de ayuda para alimentos.

**Por el presente certifico, bajo pena de perjurio, que mis respuestas a todas las preguntas sobre cada miembro de la familia, inclusive aquéllas sobre la ciudadanía o condición legal de extranjero, son correctas y completas.**

**Firma o marca (X) del miembro de la familia** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Testigo, si firmó con una marca:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

## Miembros de la familia

**INSTRUCCIONES:** Escriba con letra de imprenta (molde) legible. Anote a todas las personas que vivan en su hogar y conteste todas las preguntas para cada uno de los miembros del hogar para los que está solicitando beneficios de cupones para alimentos. Su cónyuge y todos los niños menores de 22 años de edad tienen que incluirse con usted en su familia. (Use otra hoja de papel para agregar miembros si no hay suficiente espacio a continuación.) Se podría requerir la verificación de información sobre todos los miembros de la familia. Algunas de las cosas que deberá traer consigo a la entrevista incluyen: **prueba de identidad (permiso de conducir, certificado de nacimiento), prueba de ingresos (talón de cheques, carta de asignación, declaración de pensión alimenticia [manutención de menores], declaración firmada de la persona que le suministra dinero) y prueba de gastos (recibos de alquiler [renta], hipoteca, impuestos sobre la propiedad, prima de seguro de vivienda, recibos de servicios de guardería, órdenes y recibos de pensión alimenticia [manutención de menores] y, facturas médicas de miembros del hogar discapacitados o de edad avanzada).** Si hay gastos que usted no reporte y/o para los que no suministre prueba, no recibirá la deducción por ese gasto. Le indicaremos lo que necesitamos para completar su solicitud durante su entrevista.

Nombre 1er nombre, 2do nombre, apellido	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento Mes/día/año	Relación con usted	Sexo M/F	Raza *	Etnicidad Hispana/ Latina o no hispana *		Ciudadano de los EE.UU. Sí o No	Está trabajando Sí o No	En la escuela Sí o No
						HISP.	NO			

\* Esta información es voluntaria. Sus beneficios no se verán afectados si usted no contesta las preguntas anteriores sobre la raza y/o etnicidad (la agencia contestará en su nombre si usted no contesta). El suministrar esta información ayudará a asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin importar cuál sea la raza, color o país de origen.

**Incluya a continuación todas las demás personas que vivan en su hogar con usted pero que usted no desea incluir en su hogar (familia) para beneficios de ayuda para alimentos porque no compran y preparan alimentos con usted. (Use otra hoja de papel para agregar miembros si no hay suficiente espacio para todos a continuación.)**

Nombre	Edad	Relación con usted	¿Le da esta persona dinero a usted o a una de las personas antes mencionadas? Sí o NO. Si contestó "Sí", ¿por qué razón?	¿Paga esta persona parte de las cuentas del hogar? Sí o NO. Si contestó "Sí", ¿por qué razón?

## Representante autorizado

Usted podrá asignar a alguien que no pertenezca a su familia para que actúe en nombre de su familia para preparar la solicitud y ser entrevistado. Esta persona deberá conocer la situación de su familia lo suficientemente bien como para poder suministrar la información necesaria para determinar su elegibilidad para los cupones de alimentos. Usted continuará siendo responsable de la información que la persona que esté actuando como su representante autorizado suministre, inclusive información que pueda ser incorrecta. Si desea nombrar a alguien para esto, anote su nombre aquí \_\_\_\_\_

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA AYUDA PARA ALIMENTOS**

Usted tiene el derecho de que se tome una acción con respecto a su solicitud dentro de los **treinta días** sin que se tenga en consideración su raza, religión, país de origen, sexo, edad, incapacidad o posición política. Usted tiene el derecho de saber por qué se ha rechazado su solicitud, o por qué se han reducido o cancelado sus beneficios. Usted tiene el derecho de solicitar una reunión o audiencia imparcial ya sea verbalmente o por escrito si no está satisfecho con cualquier decisión del departamento del condado. Usted tiene el derecho de estar representado por cualquier persona de su elección. Usted tiene el derecho de examinar el expediente de su caso de ayuda para alimentos en relación con cualquier audiencia que usted pueda tener.

Usted tiene el derecho a la **confidencialidad**. El uso o divulgación de la información se hará solamente para ciertos fines limitados permitidos bajo los términos de las leyes y reglamentos estatales y federales. También se podrá divulgar información a policías para el fin de arrestar a personas que están huyendo para evadirse de las autoridades.

La información suministrada en relación con esta solicitud estará sujeta a verificación por funcionarios locales, estatales y federales para determinar si la información es verdadera. Si se determina que la información no es cierta o es incorrecta, se podrá negar beneficios de ayuda para alimentos al solicitante y el solicitante podrá estar sujeto a **acción penal por suministrar información incorrecta intencionalmente**. Se podrá prohibir a toda persona autorizada para actuar en nombre y representación del hogar (familia) que participe como representante por un período de hasta un año o estas personas podrán estar sujetas a multas o juicio si estas personas infringen cualquier regla a propósito.

Si surgiera una reclamación de ayuda para alimentos contra su hogar (familia), la información contenida en esta solicitud, inclusive todos los números de seguro social, podrán remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias de cobranza de reclamaciones privadas, para la cobranza de reclamaciones.

**NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:** La obtención del número de Seguro Social de cada miembro del hogar (familia) está autorizada por las disposiciones de la Ley de Cupones para Alimentos de 1977 según su modificación por P. L. 96-58 (7 U. S. C. 2025F). El número de Seguro Social se usará en la administración del Programa de Ayuda para Alimentos para verificar la identidad de los miembros del hogar (familia) para evitar la participación duplicada y para facilitar la realización de cambios. Su número de Seguro Social también se usará en programas de cotejo electrónico de datos y exámenes o auditorías de programas, para asegurar que su hogar (familia) sea elegible para recibir beneficios de ayuda para alimentos. Esto puede resultar en acciones criminales o civiles o en reclamos administrativos contra las personas que están participando fraudulentamente en el Programa de Ayuda para Alimentos.

El suministrar un número de Seguro Social para cada miembro del hogar (familia) es voluntario. Sin embargo, el no suministrar un número de Seguro Social para cada miembro del hogar (familia) resultará en la descalificación de ese miembro y el posible rechazo de los beneficios de ayuda para alimentos.

**VERIFICACIÓN:** Podrá ser necesario que suministre documentos para demostrar lo que ha declarado en esta solicitud. Si no puede suministrar prueba, **podrá solicitar la ayuda de su trabajador(a)**. La información suministrada en esta solicitud se verificará usando el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad del Estado, otros programas de cotejo electrónico de datos, auditorías y exámenes de programas. Esto incluye información como por ejemplo beneficios de Seguro Social, beneficios por desempleo, ingresos no derivados del trabajo personal, como por ejemplo interés y dividendos, y pagos por desempleo que se hayan recibido. Cuando se encuentren discrepancias, se podrá obtener verificación de esta información por medio de la comunicación con un tercero, como por ejemplo un empleador, representantes de reclamaciones o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios. Además, toda información suministrada también podrá ser objeto de examen por otros Programas Federales de Ayuda y Programas Estatales con Ayuda Federal, como por ejemplo almuerzos escolares, ayuda familiar y Medicaid. **Si usted da información falsa a propósito, se podrán tomar acciones legales o administrativas contra usted. Es posible que tenga que reembolsar los beneficios de ayuda para alimentos que haya recibido para los que no tenía derecho.**

Algunos miembros del hogar (familia) de edad avanzada y/o incapacitados pueden usar ciertos gastos médicos como una deducción, si estos gastos se reportan y se nos suministra prueba de estos gastos. Los gastos médicos permitidos incluyen gastos como los siguientes: Medicamentos de venta con receta médica, facturas de hospital y de hogares para ancianos, visitas profesionales a doctores, dentistas y otros profesionales de cuidado de la salud, medicamentos de venta sin receta médica recetados por un médico, primas de Medicare, primas de seguro hospitalarios, seguro para cobertura de medicamentos de venta con receta médica, gastos de transporte para las visitas a médicos, hospitales, farmacias, como por ejemplo cobrado por transporte o por el número de millas que ha manejado en su vehículo personal, aparatos o equipos médicos, como por ejemplo audífonos, sillas de ruedas, miembros artificiales, gafas, lentes de contacto, dentaduras, etc., cuidados por asistentes o servicios de ayudante del hogar, gastos de animales de servicio, como por ejemplo alimento para animales y atención veterinaria.

**CIUDADANÍA Y ESTADO DE INMIGRACIÓN:** Sólo los ciudadanos de los Estados Unidos de América y los inmigrantes elegibles pueden participar en el Programa de Ayuda para Alimentos. Todo miembro del hogar que no sea ciudadano o residente extranjero permanente podría quedar excluido de su hogar (familia) para beneficios de ayuda para alimentos. La División de Ayuda para Alimentos consultará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos de América con relación a todas las personas no ciudadanas que usted incluya en su solicitud. No haremos consultas con relación a las personas no ciudadanas que usted no incluya en su hogar (familia) para beneficios de ayuda para alimentos, pero sus ingresos y recursos podrían incluirse para la determinación de la elegibilidad y asignación para las otras personas incluidas en el hogar (familia) para beneficios de ayuda para alimentos.

**Usted no será elegible para recibir beneficios si se niega a cooperar completando el proceso de solicitud o a cooperar en exámenes posteriores de la elegibilidad, lo que incluye revisiones resultantes de cambios reportados, recertificación, o como parte de un Examen Estatal o Federal de Control de la Calidad.**

**Su firma en la solicitud servirá como autorización para que Examinadores Estatales y Federales de Control de la Calidad verifiquen las circunstancias de su hogar (familia) para fines de elegibilidad para asistencia para alimentos.**

**A usted o a un miembro de su hogar (familia) se le podrá descalificar para que no reciba beneficios de ayuda para alimentos por no cooperar con los requerimientos de registro para el trabajo.**

**A usted o a un miembro de su hogar (familia) se le podrá descalificar para que no reciba beneficios si usted o un miembro de su hogar (familia) voluntariamente renuncia a un trabajo o reduce el número de horas trabajadas sin tener una buena razón.**

**Su hogar (familia) no recibirá un aumento en beneficios de ayuda para alimentos si algún miembro del hogar (familia) no cumple con los requerimientos de otro programa basado en los ingresos (medios comprobados), como por ejemplo Asistencia Familiar.**

**No deberá usar los beneficios de ayuda para alimentos para comprar artículos que no son elegibles, como por ejemplo bebidas alcohólicas o tabaco.**